|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修学資金返還債務当然免除申請書  令和〇年〇月〇日  　愛知県知事　殿  決定番号　〇－〇－〇  住　　所　〇〇市□□町１－  氏　　名　愛知　太郎  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例（以下「条例」という。）第８条第１項第　号（条例第13条において準用する場合を含む。）の規定により、修学資金の返還の債務を免除してください。 | | | |
| 貸与を受けた修学資金の額 | １１，１００，０００円 | | |
| 大学卒業年月日 | 平成〇年〇月〇日 | | |
| 医師免許取得年月日 | 平成〇年〇月〇日 | | |
| 臨床研修を受けた病院の名称及び期間 | 名　　　称 | 期　　　　間 | |
| 〇〇病院 | 平成〇年〇月□日から  　　平成△年△月△日まで | |
| 診療業務に従事した指定医療機関の名称、診療科及び期間 | 名　　　称 | 診療科 | 期　　　　間 |
| □□病院 | 〇〇科 | 令和〇年〇月〇日から  令和□年△月△日まで |
| △△市民病院 | 〇〇科 | 令和□年〇月〇日から  令和×年△月△日まで |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 条例第８条第２項第１号（条例第13条において準用する場合を含む。）に規定する研修を受けた医療機関等の名称及び期間 | 名　　　称 | 期　　　　間 | |
| ●●大学病院 | 平成●年〇月〇日から  　　令和〇年△月△日まで | |
| 指定研修を受けた医療機関の名称、診療科及び期間 | 名　　　称 | 診療科 | 期　　　　間 |
|  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 指定医療機関において指定研修を受けた期間がある場合は、その医療機関の名称、診療科及び期間 |  |  | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 業務上の理由による死亡又は業務に起因する心身の故障のため業務を継続することができなくなった事実 |  | | |

様式９（第９条関係）

記入例

記入例

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。